

ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_  
 ਕੇਸ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_  
 ਕੇਸ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_  
 ਵਰਕਰ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_  
 ਨੰਬਰ/ਆਈਡੀ (ID): \_\_\_\_\_  
 ਟੈਲੀਫੋਨ: \_\_\_\_\_  
 24 ਘੰਟੇ ਜਾਣਕਾਰੀ: \_\_\_\_\_  
 ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਸਵਾਲ? ਆਪਣੇ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਾਰਵਾਈ ਗਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਪਿਛਲਾ ਪਾਸਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਨਾ ਬਦਲਣ।

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ ਜਾਂ ਹਰ ਦੂਜੇ ਹਫ਼ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਇੰਝ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹਾਂ:

ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਉਸ ਸਾਰੀ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਜੋੜ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਮਿਲੀ ਅਤੇ ਫੇਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਏ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਸੰਖਿਆ ਨਾਲ ਉਸਨੂੰ ਵੰਡ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਫੇਰ, ਅਸੀਂ ਉਸ ਰਕਮ ਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੀ ਔਸਤ ਸੰਖਿਆ ਨਾਲ ਗੁਣਾ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 4 ਜਾਂ 5 ਵਾਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਦਾ ਹੋਵੇ। ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੀ ਔਸਤ ਸੰਖਿਆ 4.33 ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਦੂਜੇ ਹਫ਼ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 2 ਜਾਂ 3 ਵਾਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਦਾ ਹੋਵੇ। ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੀ ਔਸਤ ਸੰਖਿਆ 2.167 ਹੈ।

ਇਹ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

_____ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤੀ ਆਮਦਨ	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	+\$ _____
ਕੁੱਲ ਸੂਚਿਤ	+\$ _____
ਸੂਚਿਤ ਕੀਤੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੀ #	÷ _____
ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਰਕਮ	=\$ _____
ਇਸ ਨਾਲ ਗੁਣਾ	X _____
ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	=\$ _____

**ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਕਮ**

**ਸੈਕਸ਼ਨ A. ਗਿਣਨਯੋਗ ਆਮਦਨ, \_\_\_\_\_ ਦਾ ਮਹੀਨਾ**

1. ਕੁੱਲ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ ..... \$ \_\_\_\_\_
2. ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਖਰਚੇ:
  - a. 40% ਸਟੈਂਡਰਡ ..... - \_\_\_\_\_
  - ਜਾਂ
  - b. ਅਸਲ ..... - \_\_\_\_\_
3. ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨ ..... = \_\_\_\_\_
4. ਅਯੋਗਤਾ ਅਧਾਰਤ ਆਪ ਨਾ ਕਮਾਈ ਹੋਈ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ (Disability-Based Unearned Income (DBI)) (ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਮੈਂਬਰ) ..... \$ \_\_\_\_\_
5. \$225 DBI ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਕੇ (ਜੇ #4, \$225 ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੈ) ..... - \_\_\_\_\_
6. ਛੋਟਰਹਿਤ ਆਪ ਨਾ ਕਮਾਈ ਹੋਈ ਅਯੋਗਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਆਮਦਨ ..... = \_\_\_\_\_
- ਜਾਂ
7. ਅਣਵਰਤਿਆ DBI ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਕੇ ..... = \_\_\_\_\_
8. ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨ (ਉਪਰੋਕਤ ਤੋਂ) ..... + \_\_\_\_\_
9. ਕੁੱਲ ਦੂਜੀ ਕਮਾਈ ਹੋਈ ਆਮਦਨ ..... + \_\_\_\_\_
10. \$225 (#7 ਤੋਂ) ਦੀ ਅਣਵਰਤੀ ਰਕਮ ..... - \_\_\_\_\_
11. ਉੱਪ ਜੋੜ ..... = \_\_\_\_\_
12. ਕਮਾਈ ਹੋਈ ਆਮਦਨ 50% ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਕੇ ..... - \_\_\_\_\_
13. ਉੱਪ ਜੋੜ ..... = \_\_\_\_\_
14. ਬਗੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਆਪ ਨਾ ਕਮਾਈ ਹੋਈ ਅਯੋਗਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਆਮਦਨ (#6 ਤੋਂ) ..... + \_\_\_\_\_
15. ਉੱਪ ਜੋੜ ..... = \_\_\_\_\_
16. ਬਗੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੂਜੀ ਆਮਦਨ (ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਮੈਂਬਰ) ..... + \_\_\_\_\_

**ਨਿਰੋਲ ਗਿਣਨਯੋਗ ਆਮਦਨ** ..... = \_\_\_\_\_

**ਸੈਕਸ਼ਨ B. ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, \_\_\_\_\_ ਦਾ ਮਹੀਨਾ**

1. ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਾਇਤਾ \_\_\_\_\_ ਵਿਅਕਤੀ (ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਮੈਂਬਰ) ..... \$ \_\_\_\_\_
2. ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ (ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਮੈਂਬਰ) ..... + \_\_\_\_\_
3. ਸੈਕਸ਼ਨ A ਤੋਂ ਨਿਰੋਲ ਗਿਣਨਯੋਗ ਆਮਦਨ (ਉਪਰੋਕਤ) ..... - \_\_\_\_\_
4. ਉੱਪ ਜੋੜ ..... = \_\_\_\_\_
5. ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਾਇਤਾ \_\_\_\_\_ ਵਿਅਕਤੀ (ਸਿਰਫ਼ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ) (MFG, ਜਾਂ ਸਜ਼ਾਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡਕੇ) ..... \$ \_\_\_\_\_
6. ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ (ਸਿਰਫ਼ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ) ..... + \_\_\_\_\_
7. ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਉੱਪ ਜੋੜ ..... = \_\_\_\_\_
8. **ਪੂਰੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਉੱਪ ਜੋੜ** (ਲਾਈਨ 4 ਜਾਂ 7 ਤੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਰਕਮ) ..... = \_\_\_\_\_
9. ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਲਾਈਨ 8 ਬਣਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨਾਲ ..... = \_\_\_\_\_
10. ਅਡਜਸਟਮੈਂਟ: 25% ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਜੁਰਮਾਨਾ (ਜੁਰਮਾਨੇ) ..... - \_\_\_\_\_  
 ਦੂਜੇ ਜੁਰਮਾਨੇ ..... - \_\_\_\_\_  
 ਬਣਦੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ..... - \_\_\_\_\_  
 ਸਕੂਲ ਬੋਨਸ (\$100 ਜਾਂ \$500) ..... + \_\_\_\_\_
11. **ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਰਕਮ** (ਲਾਈਨ 8 ਜਾਂ 9 ਅਡਜਸਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ) ..... \$ \_\_\_\_\_
12. ਵਰਤਮਾਨ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਰਕਮ (ਜੇ ਇਹ ਰਕਮ #11 ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਨਹੀਂ ਬਦਲੇਗੀ) ..... = \_\_\_\_\_

## ਸੁਣਵਾਈ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। ਇਹ 90 ਦਿਨ ਉਸ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਦਿੱਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਨਾ ਕਰ ਸਕਣ ਦੀ ਕੋਈ ਵਜਬ ਵਜਹ ਹੈ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਵਜਬ ਕਾਰਨ ਦੱਸਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਉੱਪਰ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ:

- ਜਦ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰੋਗੇ, ਤੁਹਾਡਾ Cash Aid ਜਾਂ Medi-Cal ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਬਣਿਆ ਰਹੇਗਾ।
- ਜਦ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰੋਗੇ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਬਣੀਆਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਤੁਹਾਡਾ CalFresh (ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਾਂ) ਤਦ ਤੀਕਰ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਬਣੀਆਂ ਰਹਿਣਗੀਆਂ ਜਦ ਤਕ ਸੁਣਵਾਈ ਜਾਂ ਤਸਦੀਕ ਦਾ ਅਰਸਾ, ਜੋ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਪੂਰਾ ਹੋਵੇ, ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ।

ਜੇ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਠੀਕ ਹਾਂ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੇ ਸਾਰੇ ਵਾਧੂ Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh (ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਾਂ) ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਦੇਣਦਾਰ ਹੋਵੋਗੇ। ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰੋਕਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਸਹੀ ਲਗਾਉ:

ਹਾਂ, ਘੱਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰੋ:  Cash Aid (ਕੈਸ਼ ਏਡ)

CalFresh (Food Stamps) (ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਾਂ)  ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ

ਉਸ ਦੌਰਾਨ ਜਦ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋਗੇ:

### ਵੈਲਫੇਅਰ ਟ ਵਰਕ:

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਤੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਦੂਜੀਆਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਰੋਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਰਗਰਮੀ ਲਈ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ।

ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਦੂਜੀਆਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਤਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਰਕਮ ਅਤੇ ਤਰੀਕਾ ਉਹੋ ਹੋਣਗੇ ਜੋ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇ ਹਨ।

- ਇਹ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਸ ਸਰਗਰਮੀ ਲਈ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਜਿਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਜਾਣ ਲਈ ਆਖਿਆ ਹੈ।
- ਜੇ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕਾਉਂਟੀ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਇੰਨੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਸਰਗਰਮੀ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਸਕੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਸਰਗਰਮੀ ਲਈ ਜਾਣਾ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### Cal-Learn:

- ਤੁਸੀਂ CalLearn ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਖਿਆ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।
- ਅਸੀਂ ਸਿਰਫ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਰਗਰਮੀ ਲਈ CalLearn ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਾਂਗੇ।

### ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

**Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਮੈਂਬਰ:** ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਉੱਪਰ ਕਾਰਵਾਈ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਬੰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

**ਚਾਈਲਡ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੱਪੋਰਟ:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਸ਼-ਏਡ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਵੀ ਸੱਪੋਰਟ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਨ ਵਿਚ ਲੋਕਲ ਚਾਈਲਡ ਸੱਪੋਰਟ ਏਜੰਸੀ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗੀ। ਜੇ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਸੱਪੋਰਟ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਉਹ ਇਹ ਕੰਮ ਤਦ ਤਕ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣਗੇ, ਜਦ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਨ ਲਈ ਲਿਖਤੀ ਵਿਚ ਨਹੀਂ ਆਖੋਗੇ। ਉਗਰਾਹੀ ਕੀਤੀ ਮੌਜੂਦਾ ਸੱਪੋਰਟ ਰਕਮ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜ ਦੇਣਗੇ ਪਰ ਉਗਰਾਹੇ ਹੋਏ ਪੁਰਾਣੇ ਬਕਾਇਆ ਪੈਸੇ ਵਿਚੋਂ ਉਹ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਉਹ ਪੈਸੇ ਰੱਖ ਲੈਣਗੇ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਵਲ ਦੇਣਦਾਰ ਹੋ।

**ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ:** ਤੁਹਾਡੇ ਮੰਗਣ ਤੇ ਵੈਲਫੇਅਰ ਦਫਤਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਗੇ।

**ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਫਾਈਲ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਇੱਕ ਫਾਈਲ ਬਣਾਏਗਾ। ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਈਲ ਵੇਖਣ ਅਤੇ ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਦੋ ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿਚ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਪੁਸ਼ੀਸ਼ਨ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਸਟੇਟ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਣਵਾਈ ਫਾਈਲ ਨੂੰ ਕਲਿਆਣ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਯੂ.ਐਸ. ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਾਨਵ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਖੇਤੀ ਵਿਭਾਗਾਂ ਵਿਚ ਭੇਜ ਸਕਦੀ ਹੈ। (W&I ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 10850 ਅਤੇ 10950.)

## ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਲਈ:

- ਇਸ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ।
- ਆਪਣੇ ਚਿਕਾਰਡ ਲਈ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਣਾਉ।  
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਮੰਗ ਕਰੋਗੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਵਰਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਲਿਆ ਦੇਵੇਗਾ।
- ਇਸ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਇਸ ਪਤੇ ਤੇ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਲਿਜਾਉ:

ਜਾਂ

- ਟੈਲ ਫਰੀ ਫੋਨ ਕਰੋ: 1-800-952-5253 ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਵਿਚ ਤਕਲੀਫ ਵਾਲੇ ਲੋਕ TDD ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ: 1-800-952-8349

**ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ:** ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਆਪਣੇ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਟੈਲ ਫ੍ਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰਾਂ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਕੇ ਪੁਛ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਰੈਫਰਲ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਮਦਦ ਜਾਂ ਕਲਿਆਣ ਹੱਕ ਦਫਤਰ ਤੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਇਕੱਲੇ ਨਹੀਂ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਕਿਸੇ ਮਿਤਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

ਮੇਰੇ ਹੇਠਲੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਦੇ ਉੱਪਰ \_\_\_\_\_ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਕਲਿਆਣ ਵਿਭਾਗ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਬਾਰੇ ਮੈਂ ਸੁਣਵਾਈ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ:

ਕੈਸ਼ ਏਡ  CalFresh (ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਾਂ)  Medi-Cal (ਮੈਡੀ-ਕੈਲ)

ਹੋਰ (ਸੂਚੀ ਬਣਾਉ) \_\_\_\_\_

ਇਸਦੇ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹਨ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਲਗਾਉ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਫਾ ਹੋਰ ਲਗਾਉ।

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਟੇਟ ਮੈਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ। (ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕੋਈ ਮਿਤਰ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਅਨੁਵਾਦ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ)।

ਮੇਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਬੋਲੀ ਹੈ: \_\_\_\_\_

ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਜਿਸਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ)

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
--------------	----------

ਪਤਾ	
-----	--

ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜਿਪ ਕੋਡ
-------	------	---------

ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
-------	-------

ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
--------------------------------	----------

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਸੁਣਵਾਈ ਵਿਚ ਮੇਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰੇ। ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਚਿਕਾਰਡ ਵੇਖਣ ਅਤੇ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਂਦਾ/ਦੇਂਦੀ ਹਾਂ (ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡਾ ਮਿਤਰ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਅਨੁਵਾਦ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।)

ਨਾਂ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
-----	----------

ਪਤਾ	
-----	--

ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜਿਪ ਕੋਡ
-------	------	---------